



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Título:

Una mirada a la actualidad de la Patología Dual

Title:

A look at the current state of Dual Pathology

Autores:

Adrián Muñoz Adán
Natalia Losin Babiarz

Director

Luis Vilas Buendía

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2019/2020

RESUMEN

El presente trabajo surge de una serie de dificultades detectadas durante la realización del Prácticum de Intervención del Grado en Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza, donde, a través de un caso en particular, se manifestó una desprotección hacia un determinado sector de la población. Dicho sector de la población está comprendido por personas con discapacidad intelectual que además tienen adicción a algún tipo de sustancia tóxica. Y la desprotección mencionada se refiere a la falta de apoyo con la que cuentan estas personas debido a la falta de claridad que hay sobre el ámbito en el que la persona debe ser tratada.

La finalidad de este es reiterar la falta de espacios donde se traten ambos problemas a la vez, y no por separado.

PALABRAS CLAVE

“Comorbilidad”, “Patología dual”, “Trabajo Social”, “Adicción”, “Discapacidad Intelectual”

ABSTRACT

The present work arises from a series of difficulties detected during the Intervention Practicum of the Degree in Social Work of the University of Zaragoza, where a lack of protection towards a certain sector of population was manifested through a particular case. This sector of the population is composed of people with intellectual disabilities who also have an addiction to some type of toxic substance. And the lack of protection mentioned refers to the lack of support that these people have due to the lack of clarity about the area in which the person should be treated.

The purpose of this work is to reiterate the lack of spaces where both problems are treated at the same time, and not separately.

KEY WORDS

“Comorbidity”, “Dual Pathology”, “Social Work”, “Addiction”, “Intellectual Disability”

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág. 3
2. POBLACIÓN DESTINATARIA	Pág. 4
3. OBJETIVOS	Pág. 4
4. HIPÓTESIS	Pág. 4
5. METODOLOGÍA	Pág. 5
6. CASO PARTICULAR	Pág. 6
7. MARCO TEÓRICO	
7.1. SALUD MENTAL	Pág. 7
7.2. DISCAPACIDAD	pág. 8
7.2.1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL	Pág. 8
7.3. ADICCIÓN	Págs. 8,9
7.4. DROGA	Págs. 10, 11
7.5. COMORBILIDAD	Págs. 12, 13
7.6. PATOLOGÍA DUAL	Págs. 13, 14
8. MARCO NORMATIVO	Pág. 15 - 17
9. CONTEXTO: ADICCIÓN A LAS DROGAS	Págs. 18 - 19
8.1. COMORBILIDAD	Págs. 19, 20
10. PRINCIPALES MODELOS EN EL ESTUDIO DE LAS ADICCIONES	Págs. 21 - 24
11. TRABAJO SOCIAL Y PATOLOGÍA DUAL	Págs. 25 - 27
12. INTERVENCIÓN CON PATOLOGÍA DUAL	Pág. 28
11.1. DIAGNÓSTICO	Págs. 28 - 31
11.2. TRATAMIENTO	Págs. 31 - 34
11.3. TERAPIAS DE COMPORTAMIENTO	Págs. 34 - 37
13. SITUACIÓN EN ESPAÑA	Págs. 38
14. CONCLUSIONES	Pág. 39, 40
15. PROPUESTAS DE MEJORA	Pág. 41, 42
16. BIBLIOGRAFÍA	Págs. 43 - 45

1. INTRODUCCIÓN

Las múltiples causas del origen del consumo de drogas y las diversas facetas personales que suelen verse afectadas por la drogodependencia, hacen necesario plantearse el abordaje del problema desde una perspectiva integral e integradora, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada una de las personas afectadas por el trastorno de consumo de drogas.

Esta situación se ve agravada en el caso en la que la persona padece de una discapacidad intelectual debido a que le hace más propensa al consumo. Según el NIDA (en inglés, Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas) cerca de la mitad de quienes sufren una enfermedad mental también sufrirán de algún trastorno por consumo de drogas en algún momento de su vida.

En la práctica actual con personas que sufren de algún trastorno psicológico unido a un trastorno por consumo de drogas, se espera que sean ellas mismas las que tomen la decisión de acudir a las instituciones pertinentes para iniciar el proceso de mejoría en su calidad de vida con el fin de lograr su reinserción social, dejando como segundo paso el tratamiento de su posible trastorno psicológico. Sin tener en cuenta el enorme esfuerzo que esto supone para esa persona y recalando que en su mayoría se trata de personas que no cuentan con una red de apoyo estable. De manera que se hace esencial cubrir esa falta de red de apoyo de la persona para su empoderamiento dirigido a dar el paso a iniciar y ser constantes en su tratamiento.

La profesión del Trabajo Social tiene como objetivo facilitar la relación entre las personas y con el medio que les rodea, relación que puede ser problemática por las carencias que padecen y/o por los obstáculos que pone la sociedad dificultando su desarrollo y bienestar. Además, mantiene una estrecha relación con el ámbito de la Salud desde que la salud dejó de considerarse únicamente como ausencia de enfermedad y pasó a definirse como estado completo de bienestar físico, psíquico y social. Lo que hizo necesario el carácter interdisciplinar de las actuaciones en salud, en cuya vertiente social se encuentra el Trabajo Social.

Sin embargo, durante el seguimiento personal de las actuaciones de los profesionales del Trabajo Social se pudo observar que estos cuentan con un exceso de trabajo, y que ambos ámbitos, tanto el de sanidad como el del trabajo social, están saturados. Esto hace complicada la coordinación entre los profesionales y demuestra la necesidad de una base de datos común para los usuarios con salud mental.

2. POBLACIÓN DESTINATARIA

Se parte de un caso concreto de un usuario de un Centro Social de la ciudad de Zaragoza con la intención de influir en el resto de las personas con la misma problemática de la Comunidad Autónoma de Aragón.

La investigación planteada pretende dar respuesta a las preguntas surgidas durante la realización de las prácticas universitarias con relación a la intervención profesional con personas con patología dual.

Una vez estudiada la forma en la que influyen las propuestas de mejora planteadas en Aragón, se pretenden mostrar los resultados positivos al resto de Comunidades del país para mejorar así la intervención en toda España.

3. OBJETIVOS

Los objetivos generales y específicos propuestos para tratar de lograr el mayor éxito posible de la investigación son los siguientes:

- A. Acercarse a conocer la realidad social de las personas que presentan algún trastorno mental y otro por consumo de drogas.
 - 1. Analizar la situación de la comorbilidad en España y su normativa.
 - 2. Detallar las actuaciones que se llevan a cabo en el tratamiento de la comorbilidad.
- B. Propuestas de mejora en la atención y acompañamiento de las personas con patología dual.
 - 1. Proporcionar una mejor asistencia a las personas con trastornos mentales durante su proceso de deshabituación, desintoxicación y rehabilitación de las sustancias estupefacientes.
 - 2. Promover la creación de redes de apoyo para las personas con PD.

4. HIPÓTESIS

La hipótesis en la que se basa el trabajo es la siguiente:

“En la intervención sociosanitaria con personas con discapacidad intelectual y con algún tipo de adicción a sustancias tóxicas, se espera de ellos que tomen la iniciativa al cambio, comenzando por la desintoxicación sin tener en cuenta la falta de apoyos de la que carecen en la mayoría de los casos”.

5. METODOLOGÍA

La presente investigación es de tipo hipotético-deductiva, ya que se plantea un problema a través de las observaciones realizadas en un caso particular, que será explicado en el siguiente apartado.

Su fin último es el de validar o refutar la hipótesis planteada en un primer momento y saber si esta problemática es generalizable en la población española, o, por el contrario, solo se daba en el caso particular.

Para conseguirlo, se ha procedido a un análisis de fuentes secundarias sobre patología dual con el objetivo de obtener un conocimiento científico sobre la problemática y las actuaciones que se llevan a cabo en relación con la misma.

Se han utilizado técnicas del método cuantitativo, para conocer datos numéricos sobre la cantidad de personas con patología dual en España y contrastarlo con el número de estas personas atendidas en los servicios sociales y sanitarios de nuestro país.

También se han utilizado técnicas del método cualitativo, para conocer las características concretas de las personas con patología dual. Se pretendía, además, realizar encuestas y entrevistas para conocer la opinión de los profesionales y contrastarla con la teoría consultada, pero la investigación ha tenido que ser reajustada debido a la actual situación de crisis provocada por el COVID-19. Por lo que ha tenido que ser contrastado únicamente con las experiencias personales vividas relacionadas con la problemática y con la profesional a cargo durante la realización de las prácticas universitarias.

Como último paso, se ha realizado una reflexión crítica y se han expuesto propuestas de mejora para evitar situaciones como las vividas del caso sobre el que se basa esta investigación.

6. CASO PARTICULAR

Este Trabajo de Fin de Grado, como se ha mencionado anteriormente, surge de un caso particular que es el siguiente:

Antonio¹ tiene 51 años, trastorno de la personalidad y drogadicción crónica. Acude diariamente a un Centro Social privado que pertenece a la Red Aragonesa de Personas Sin Hogar, allí es atendido por la Trabajadora Social encargada de su caso. La profesional mantiene una buena relación con Antonio, excepto durante las temporadas en las que este se encuentra más alterado y pierde la capacidad de concentración debido a su consumo de drogas y los desajustes en su medicación. Cuando la profesional consigue que acuda a una cita con el psiquiatra para que le regule la medicación, Antonio parece una persona totalmente diferente debido a su temor por ser ingresado en el hospital. A pesar de su buen comportamiento inicial, el profesional de la salud es sabedor de los malos hábitos del paciente, por lo que manifiesta que Antonio debe acudir en primer lugar a desintoxicación, antes de poder regularle la medicación para su discapacidad intelectual. Pero Antonio se niega a acudir a desintoxicación y las veces que ha estado ingresado en el hospital parece que no le han servido, ya que al salir ha continuado con el consumo.

Uno de los problemas está en que la Trabajadora Social no puede lidiar con Antonio durante sus brotes, ya que, durante estas temporadas se hace imposible que razone e incluso es perjudicial para el resto de los usuarios del centro.

Cuando se encuentra más estable, Antonio es una persona agradable, razonable, capaz de mantener conversaciones sensatas, participativo en las actividades a las que acude en el Centro e incluso bromista y alegre. Sin embargo, los ambientes que frecuenta y el hecho de no tener una vivienda adecuada le influyen de forma negativa. Convirtiéndole en una persona contraria a la anteriormente descrita y llevando a la Trabajadora Social a tomar las medidas disciplinarias y expulsarle del Centro habiendo tenido que llegar en algunas ocasiones a llamar a la policía debido a su estado de alteración. Tras esa temporada de agitación llegan otras en las que se relaja y acaba volviendo al centro, pero parece haberse convertido en una relación cíclica sin perspectivas de mejora.

Su única red de apoyo son los profesionales del Centro debido a que sus actuaciones del pasado y su estancia en el Centro Penitenciario de Zuera le separaron de su familia. Además, ha llegado a intervenir el sistema judicial en la relación que tiene Antonio con sus compañeros de piso debido a algunas demandas que le han interpuesto.

En resumen, Antonio es una persona que se muestra solitaria e independiente, pero precisa de una red de apoyo que tal vez le ayudaría a mejorar sus hábitos, estabilizando así su situación, eliminando el consumo y de esta forma, poder regular su situación psíquica, que no ha podido ser valorada desde hace años debido a sus consumos.

¹ Se trata de un nombre ficticio para proteger el anonimato de la persona del caso real.

7. MARCO TEÓRICO

Para la realización de este trabajo de fin de grado es necesario, en primer lugar, aclarar los términos que van a ser usados durante la realización de esta. Los términos más utilizados y en los que se basa la investigación son los siguientes:

7.1. SALUD MENTAL

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar. Tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva.

La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento, y recuperación que impliquen al gobierno.

Queda un largo camino por recorrer hasta que se consiga y hay muchos aspectos por resolver, como el descuido de los servicios y la atención a la salud mental, o las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales (OMS,2013).

La salud mental, más que una disciplina científica, es un movimiento político e ideológico que involucra a diversos sectores de la sociedad, interesados en promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y la calidad de su tratamiento.

Cabe destacar que “mental”, de la definición de salud la OMS, así como “físico” y “social”, refieren a dimensiones de un estado y no a un dominio o disciplina específicos. En consecuencia, conforme a esta definición, resulta incongruente hablar de salud física, salud mental o salud social. Para especificar una dimensión en particular, sería más apropiado utilizar el término de “bienestar” y no “salud” (bienestar físico, bienestar mental o bienestar social). Este uso negligente de la palabra salud parece haberse iniciado cuando se sustituyó la “higiene mental” (movimiento social o dominio de actividad) por “salud mental” (originalmente destinado a un estado y después transformado en un dominio o campo de actividad (Bertolote, 2008).

7.2. DISCAPACIDAD

Según la OMS “discapacidad” es un término que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Siendo deficiencias aquellos problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar las acciones o tareas; y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Se estima que alrededor de un 15% de la población mundial viven con algún tipo de discapacidad siendo ésta un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las de las personas sin discapacidad intelectual. Ello es, en parte, consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchas personas consideran obvios, como la salud, la educación, el empleo, el transporte o la información (OMS, 2011).

Los trabajadores sociales tienen que desarrollar su labor como agentes activos de cambio de la realidad social teniendo como perspectiva los derechos de la ciudadanía. Esto es, afrontar el reto de transformar la mentalidad tradicional de la sociedad, superar la ideología de las categorizaciones para pensar en políticas y actuaciones que incluyan la diversidad de la sociedad. Realizar una praxis profesional desde la mirada de los derechos humanos, la dignidad de las personas y los principios de la profesión, como objetivo primordial para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en igualdad con el resto de las personas (Muyor, 2011).

7.2.1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Es aquella que centra su atención en la expresión de las limitaciones del funcionamiento individual dentro de su contexto social y presenta una desventaja sustancial para el individuo. Tiene su origen en un trastorno del estado de salud que genera diferencias en las funciones del cuerpo y en sus estructuras, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación dentro de un contexto de factores medioambientales y personales.

El concepto sociológico de la discapacidad ha evolucionado desde una característica o rasgo de la persona (a menudo referido como “déficit”) a un fenómeno humano con un origen en factores orgánicos y/o sociales. Estos factores orgánicos y sociales dan lugar a limitaciones funcionales que reflejan una incapacidad o restricción, tanto en los papeles de rendimiento como de funcionamiento y de las tareas que se esperan de una persona en un ambiente social.

La importancia de este cambio evolutivo es que la discapacidad intelectual ya no se considera como un rasgo invariable de la persona, sino más bien como una limitación del funcionamiento humano que se ejemplifica en la interacción de la persona y su entorno, y se centra en el papel que los apoyos individualizados pueden desempeñar en la mejora del funcionamiento individual y su calidad de vida.

El concepto de discapacidad intelectual, que se engloba dentro del constructo general de discapacidad, ha surgido para enfatizar una perspectiva que se centra en la interacción persona-ambiente y reconoce que la aplicación sistemática de apoyos individualizados puede mejorar el funcionamiento humano (Schalock, 2009).

Afecta a entre el 1 y el 3 % de la población. Según la OMS nos hallamos en un momento en el que 1 de cada 4 personas sufrirá en algún momento un problema de salud mental. De todos esos posibles casos muy pocos están diagnosticados y son atendidos desde salud mental (García et al., 2009).

7.3. ADICCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud, adicción es el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas hasta el punto en el que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo continuo de consumir la sustancia (o sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (OMS, 1994).

La Fundación Hay Salida² (2020) la define como una enfermedad cerebral, igual que otros trastornos neurológicos o psiquiátricos reconocidos, como son la enfermedad del Alzheimer o la esquizofrenia. Además, la equipara a otras enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión arterial, el asma o el cáncer.

Consiste en la dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Y se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

² La Fundación Hay Salida es una entidad sin ánimo de lucro para el tratamiento de adicciones en Madrid que trata de ayudar a las personas adictas, sin recursos económicos, a recuperar su vida y la de su entorno familiar, social y laboral. Su página web está disponible en: <https://www.fundacionhaysalida.com/>

La persona adicta muestra una serie de conductas:

- incapacidad por mantener la abstinencia,
- pérdida del control de los impulsos,
- ansia de consumo de sustancias,
- dificultad para reconocer las consecuencias derivadas del consumo, y
- respuestas emocionales disfuncionales en las relaciones interpersonales.

Al igual que otras enfermedades crónicas, a menudo presenta recaídas y sin el tratamiento adecuado, puede derivar en discapacidad irreversible y/o muerte prematura. Aunque se trata de enfermos recuperables y, tras un tratamiento adecuado, pueden recuperarse completamente.

7.4. DROGA

Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo de una alteración del funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Según su consideración social, pueden ser drogas legales o ilegales.

Las consideradas legales son aquellas, que como bien indica su nombre, tienen una ventaja legal y tienen un uso normativo. Además, son las que más problemas sociosanitarios generan. Entre ellas se encuentran el alcohol, el tabaco y los medicamentos de venta libre.

Mientras que ilegales son aquellas cuya venta está sancionada por la ley. Generan una alarma social debido a los estereotipos con los que se relacionan. En este grupo se encontrarían todas las demás drogas que no entran en el anterior (Badía, 2019).

Las sustancias tóxicas han sido utilizadas desde la antigüedad en todas las culturas con diversos fines; como instrumento religioso, como fármaco para conseguir aumentar el estímulo perceptivo, etc. Pero en todas las épocas han estado integradas en un contexto sociocultural, formando parte del sistema, hasta el punto en el que se puede decir que cada cultura ha buscado históricamente su o sus drogas. Estas drogas resultan ser las que se adaptan mejor para resolver o compensar las deficiencias de sus relaciones institucionales (Sales, 2004).

Dichas sustancias afectan al Sistema Nervioso Central (SNC) pudiendo excitar, tranquilizar, calmar el dolor o distorsionar la percepción de la realidad de la persona que las toma. Según la forma en la que afectan al SNC, las drogas pueden ser (Thomen, 2019):

- Depresoras: aquellas que disminuyen o retardan el funcionamiento del SNC; producen alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión. Algunos ejemplos son: el alcohol, la metadona y la heroína.
- Estimulantes: son aquellas que aceleran el funcionamiento normal del cerebro, causando con ello un estado de activación; euforia; desinhibición; agresividad; disminución de la fatiga; disminución del sueño; excitación motora e inquietud. Algunos ejemplos son: la cocaína, las anfetaminas y el tabaco.
- Alucinógenas: producen distorsiones en las sensaciones y alteran el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. El cannabis produce euforia, desinhibición, disminución de la atención, de la capacidad de atención, somnolencia y relajación. Los alucinógenos producen delirios, alteraciones sobre la conducta, disminución del apetito, cambios sobre la temperatura corporal y el comportamiento mental, hiperactividad y confusión mental.

Las drogas, pueden ser introducidas en el organismo por cualquier vía de administración. Estas son: vía oral (siendo ingeridas, mascadas o colocadas bajo la lengua), vía pulmonar (pueden ser inhaladas), vía endovenosa (inyectadas), vía nasal (mediante la aspiración de la sustancia) o vía rectal (siendo aplicada en la mucosa anal).

Además, según su origen, se habla de drogas naturales, semisintéticas o sintéticas:

- Naturales: aquellas que no están alteradas con ninguna sustancia química. Como, por ejemplo: los hongos, la marihuana, el vino o la cerveza.
- Semisintéticas: aquellas que se producen a partir de una base vegetal, mediante un proceso químico. Como son la cocaína o la heroína.
- Sintéticas: se fabrican en laboratorio únicamente a través de un proceso químico. Como por ejemplo el LSD.

7.5. COMORBILIDAD

El término se aplica cuando una persona sufre dos o más trastornos o enfermedades, que pueden presentarse al mismo tiempo o uno después del otro. También implica cierta interacción entre las enfermedades, lo cual puede hacer que ambas empeoren (NIDA, 2019).

Se asocia con un mayor uso de servicios sanitarios, fenotipos distintos, mayor gravedad del cuadro, mayor discapacidad funcional y peor curso evolutivo (Arias et al., 2013).

Determinar el origen de la comorbilidad sería como saber qué fue primero, si el huevo o la gallina. Los estudios actuales sobre las relaciones causales entre los trastornos psiquiátricos y los inducidos por sustancias no son concluyentes. Los síntomas de trastornos mentales y de los problemas de adicción interactúan y se condicionan mutuamente. Las pruebas obtenidas indican que los trastornos psiquiátricos aumentan la susceptibilidad del individuo frente a los problemas de consumo de sustancias. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos, también pueden verse agravados por el consumo de drogas.

Las categorías para un diagnóstico comórbido son las siguientes:

- Un diagnóstico primario de trastorno mental, con un diagnóstico posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental.
- Un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental.
- Diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y trastorno psiquiátrico.
- Un diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos, resultado de una experiencia traumática subyacente.

Puede darse de varias formas:

- a. Enfermedades paralelas. La asociación entre la drogadicción y la enfermedad asociada no tiene relación alguna y coexisten de manera paralela. Ocurren simultáneamente pero no comparten relación etiológica alguna.
- b. Relación causal. Debido a la presencia de un trastorno primario, ocurre un trastorno secundario como consecuencia. De acuerdo con este modelo, el trastorno secundario no hubiese ocurrido si la condición primaria no hubiese existido.
- c. Relación de riesgo. Este modelo enfatiza el concepto del riesgo. La presencia de un trastorno psiquiátrico primario incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias.

- d. Relación de modificador. Un trastorno preexistente puede modificar una condición de comorbilidad. Es decir, un trastorno psiquiátrico primario va a modificar el curso de un trastorno por abuso de sustancias, o a la inversa, un trastorno por abuso de sustancias puede modificar el curso de la condición psiquiátrica asociada.
- e. Ley de Berkson. Los trastornos no relacionados pueden aparecer juntos debido a una mayor probabilidad de que una persona que sufre más de un trastorno sea más proclive a la búsqueda de ayuda profesional.

La comorbilidad en la dependencia de sustancias aumenta la morbilidad y mortalidad, incrementa la conducta suicida, la homicida y se vincula con una mayor necesidad de hospitalización y tiempo de estancia. Su curso y pronóstico variado dificultan la claridad diagnóstica, aunque es muy necesaria ya que permite determinar las necesidades terapéuticas y potenciar la eficacia del tratamiento (Larrañaga, 2007).

7.6. PATOLOGÍA DUAL

Se define como la presencia de un trastorno adictivo y un trastorno mental en el individuo dentro de un periodo concreto. Los mecanismos que justifican esta comorbilidad son complejos, intervienen factores neurobiológicos, genéticos y ambientales que se superponen en la patogenia de estos trastornos.

Se dispone de escasos datos de la prevalencia de la patología dual (PD) en la población española y sobre su distribución entre las dos redes principales en su asistencia: la red de drogas y la de salud mental. El conocimiento sobre la distribución de la PD y las características de estos sujetos puede ayudar a optimizar los recursos sanitarios (Arias et al., 2013).

Existen tres hipótesis sobre el desarrollo de la PD basándose en el orden de aparición de los trastornos y la influencia que existe entre ellos:

1. Las adicciones, con o sin sustancia, son trastornos primarios e inducen la aparición de un trastorno mental, principalmente en aquellos que hay una vulnerabilidad previa.
2. Teoría de automedicación: las sustancias se usan para paliar los síntomas psiquiátricos existentes. De forma que la elección de la droga no es al azar, sino que se basa en los efectos que tiene para aliviar los síntomas.
3. La aparición de ambos trastornos se produce como consecuencia de combatir los mismos factores de riesgo (estrés, rasgos de personalidad, factores medioambientales).

Las principales características de las personas con patologías duales son:

- Suelen identificarse con uno de los dos roles (la adicción o el trastorno mental).
- Acuden más a urgencias y requieren más hospitalizaciones.
- Sienten que no encajan en los servicios de ayuda.
- Mayor vulnerabilidad a nivel social y laboral.
- Alto índice de recaídas y dificultad para seguir con el tratamiento.

Las adicciones más frecuentes asociadas al trastorno mental son, en la mujer, las relacionadas con el consumo de alcohol y tranquilizantes. Y en los hombres, la cocaína, heroína y el cannabis.

Las mujeres con patología dual son más susceptibles ante la violencia de género y sufren mayor estigma y exclusión social. Asimismo, es más difícil que acudan a los servicios de atención y se sometan a un abordaje terapéutico (Confederación Salud Mental de España³, 2020).

³ La Confederación Salud Mental España es una entidad sin ánimo de lucro y con interés social que agrupa a más de 300 asociaciones y pretende mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental y sus familias, defender sus derechos y representar al movimiento asociativo creado en torno a la salud mental.

8. MARCO NORMATIVO

Como expone Aguilar (2016) la patología dual en España sufre una falta de apreciación y acogimiento en su legislación, tanto estatal como autonómica. Sin ella no se puede realizar una planificación de los dispositivos dar una respuesta con garantías a sus verdaderas necesidades. Esta problemática trae consecuencias en el circuito terapéutico del paciente, lo que podría afectar en la disminución del derecho sanitario.

En la actualidad, no existen en numerosas ocasiones unidades específicas ni una coordinación efectiva, sino que se encuentra mayoritariamente en las distintas Comunidades Autónomas, o bien en Salud Mental, o en la Red de Drogodependencias. Esto provoca que el paciente se pierda entre las dos redes, a lo que se le llama el “síndrome de la puerta equivocada”.

Así, hasta que no exista una legislación clara en este sentido, y su normativa derivada no precise de una coordinación y protocolización donde tenga cabida la patología dual con un abordaje integral y una definición más garantista, existirán enfermos que se queden sin una asistencia proporcionada a su nivel de afectación y, continúen sufriendo una merma en sus derechos.

Considerando que la patología dual es un problema de salud, y es desde el campo de lo sanitario donde se debe dar una respuesta, el derecho a la salud, a la protección de la salud y la asistencia sanitaria, viene respaldado según la siguiente legislación (Aguilar, 2016):

- **Constitución Española de 1978**
 - En su **artículo 43** recoge el derecho a la protección de la salud como principio rector de la política social y económica.
 - En su **artículo 49** recoge lo siguiente:
“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.
- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, recoge:
 - En sus **artículos 6.3 y 6.4**, “Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas: (...) a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no solo a la curación de las mismas, a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud”.
 - En su **artículo 7**, “Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad”.

- **Ley de Cohesión y Calidad**, establece;
 - En su **artículo 2** que: “La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias”.
 - Su **artículo 7** lo dedica a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, “tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una tención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención”.

En cuanto a la planificación autonómica, la patología dual aparece reflejada en:

- El **III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón 2018-2024**⁴, incluye el Plan de Salud Mental 2017-2021, que establece la integración de salud mental y adicciones en una sola red, manteniendo aquellos servicios que deban seguir de una manera específica (Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) y Comunidades Terapéuticas) y estudiando la adecuación de estos dispositivos a la demanda actual, especialmente a la patología dual.

Por tanto, la atención a las adicciones y a la patología dual debe tener entrada, como el resto de las patologías psiquiátricas, preferentemente, por desde la Atención Primaria de la salud y tener como eje asistencial ambulatorio a la UASA.

En caso de presencia de un Trastorno Mental grave y necesidad por tanto de recursos de la Red de Salud Mental, las condiciones de derivación serán las mismas que las de las Unidades de Salud Mental: hospitalización de corta, media y larga estancia, recursos para la rehabilitación e inserción sociolaboral, recursos para la deshabituación de adicciones y recursos residenciales supervisados.

E incluye dentro de la población diana relacionada con las adicciones que será atendida en los recursos que integran la Red de Salud Mental a las personas afectadas por patología dual.

Tiene como objetivos generales:

1. Dotar a las Unidades de atención y seguimiento de adicciones de los recursos necesarios para la atención a las adicciones de su población adscrita.
2. Integrar los recursos de atención a las adicciones en los órganos de coordinación de la Red de Salud Mental.

⁴ III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón:
https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/pnsd/planesAutonomicos/mapa/pdf/2019_III_Plan_Adicciones_Aragon_2018_2024.pdf

3. Establecer procedimientos permanentes de colaboración entre la Red de Salud Mental y la Red de Programas Especializados de Adicciones, mediante la coordinación de las Direcciones Generales de Asistencia Sanitaria y Salud Pública.
4. Incorporar intervenciones de detección precoz en Atención Primaria sobre consumo de drogas legales, como alcohol y tabaco, así como de prevención de efectos no deseados en la prescripción de fármacos psicoactivos con potencial adictivo.
5. Asegurar la coordinación y colaboración entre la Red de Atención a las Adicciones y los recursos sanitarios de los centros penitenciarios.

En 2015 **ASAPME**⁵⁶ puso en marcha un nuevo programa para prestar atención a las personas con la comorbilidad y se trata del único servicio de atención específica a la patología dual en Aragón. Pretende ofrecer al paciente un abordaje integral y adaptado a sus necesidades, a través de un equipo multiprofesional trabajando de forma coordinada con otros recursos de drogodependencias y salud mental. Otro de sus objetivos es intervenir de forma directa con los familiares, ofreciéndoles atención y apoyo psicológico para afrontar la situación y las dificultades de convivencia que este problema puede generar con el entorno de la persona afectada.

⁵ ASAPME es una Asociación Aragonesa Pro Salud Mental nacida en Zaragoza que ofrece una respuesta sanitaria y social a las personas con enfermedad mental, sirve de cauce de sensibilización a la sociedad y recuerda a los poderes públicos su responsabilidad para impulsar una atención global a la salud mental. Su página web está disponible en: <http://asapme.org/conocenos/>

⁶ ASAPME en Patología Dual: <http://asapme.org/asapme-atendera-a-personas-afectadas-por-patologia-dual/>

9. CONTEXTO: ADICCIÓN A LAS DROGAS

La drogadicción es la necesidad irresistible que sufre una persona por consumir una droga aun cuando ésta le causa daños. El funcionamiento del cerebro se ve afectado, sus principales necesidades y deseos, cambian por nuevas prioridades relacionadas con la búsqueda y el consumo de drogas. Como resultado, produce comportamientos compulsivos que debilitan la habilidad de controlar impulsos, siendo similar a las consecuencias de otras enfermedades mentales (NIDA, 2019; NIDA 2020).

Cualquier persona puede ser drogadicta, no existe un patrón concreto que cumplan estas personas, no depende de su ingreso económico, empleo, edad, raza o color. Aunque sí que hay factores que le ponen en riesgo, como el padecer una enfermedad mental, tener familiares con problemas de drogas, el consumo a una edad temprana o frecuentar personas que las usan (NIDA, 2020).

La forma en la que padecer una enfermedad mental conforma un factor de riesgo para la adicción a las drogas, tiene que ver con la sociedad en la que vive. Porque “una persona con discapacidad no tiene que generar en sí misma sufrimiento, sino lo que genera sufrimiento es la discriminación permanente, el aislamiento y las restricciones sociales que impone la sociedad a las personas que tienen discapacidad. Ser discapacitado significa ser objeto de discriminación, de experimentar la vulnerabilidad y asaltos abusivos a la propia identidad y estima” (Muyor, 2011).

La estructura social es incapaz de ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con “carencias”. Las exigencias de la sociedad a la que pertenece convertirán a la persona con discapacidad en una persona oprimida. Lo que, a su vez, le llevará a una situación de soledad y estrés continuado por entrar en la jerarquía social, que le harán propensa al consumo de drogas. Dicha continuidad en el estrés hará también continuo el consumo, de modo que se tratará de una persona adicta.

El estrés activa el mismo sistema que es activado por las drogas, el sistema dopaminérgico. De forma que produce cambios en el cerebro haciéndolo mucho más vulnerable a los cambios de las drogas. La forma en la que los sistemas de estrés social tienen un efecto dañino en el cerebro, fue demostrado en un estudio con monos en el que se medían sus receptores dopaminérgicos (NIDA, 2013):

Para el estudio, se puso varios monos en aislamiento, uno por cada jaula. De forma que pasasen el día en soledad hasta que se convirtieran en adultos. Tras crecer en dichas condiciones altamente estresantes, se midieron los receptores dopaminérgicos de los monos, donde se pudo observar que eran muy bajos.

Después de pasar una larga temporada en soledad, se juntó a los monos en una jaula en la que pudiesen interactuar unos con otros. Como los humanos, los primates conforman estructuras jerárquicas, de manera que hay uno dominante y el resto son subordinados.

Una vez formada la estructura social en la nueva jaula, se volvieron a medir los receptores dopaminérgicos. Se pudo observar que en los monos dominantes los receptores habían

aumentado, mientras que en los subordinados no cambiaron o disminuyeron. Demostrando así la importancia de los sistemas sociales para el cerebro en su funcionamiento bioquímico.

A continuación, se les dio a los animales la oportunidad de administrarse cocaína y, aquellos con los receptores dopaminérgicos altos, no la tomaron. En cambio, los animales con los receptores bajos, se administraron altas dosis de cocaína.

Este estudio es muy interesante, aunque existan algunas diferencias entre los seres humanos y los primates, también hay similitudes. Los seres humanos forman estructuras sociales mucho más complejas, en un primate se es el subordinado o el dominante, pero los seres humanos conforman muchas jerarquías, pudiendo ser, una misma persona, según el contexto en el que se encuentre, dominante o subordinada en relación al rol que desempeñe.

En estudios con seres humanos, se ha demostrado que aquellas personas con mayor soporte social, con un nivel más alto en la jerarquía, son mayores los receptores dopaminérgicos. Y, por tanto, menor el riesgo de consumo.

Los caminos que conducen a la adicción pueden ser (Larrañaga, 2007):

- El sociocultural. Es el camino de la costumbre, de la presión de grupo. Es el más frecuente y dúctil a la promoción de salud y la prevención.
- El hedonismo. Muchas veces vinculado a educación deficiente, al aporte económico excesivo, al canje de afecto por bienes materiales.
- La vía evasiva. El pretender huir de vivencias o situaciones, rechazos, fracasos. Pero no consiguen deshacerse de ellas.
- La vía asertiva. Búsqueda de seguridad personal y apoyo, logrando el efecto contrario. Se acerca a la vía evasiva y a veces tienen las mismas causas.
- La vía constitucional. Por factores hereditarios, factores durante la etapa prenatal.
- La vía sintomática. Adicciones que son un síntoma más de una afección subyacente que debe ser tratada.

9.1. COMORBILIDAD

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la comorbilidad en el abuso de drogas y alcohol son (Larrañaga, 2007):

- Trastorno de la personalidad
- Trastornos del control de los impulsos

- Trastornos del humor
- Trastornos bipolares
- Esquizofrenia
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno del pánico
- Fobia social
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Desórdenes físicos coexistentes

Según el NIDA la mitad de las personas con enfermedades mentales experimentará un problema de consumo de drogas, y viceversa, la mitad de las personas consumidoras de drogas padecerá alguna enfermedad mental.

Pero, el hecho de que los trastornos por consumo de drogas se presenten comúnmente con otros trastornos mentales, no quiere decir que el uno cause al otro. Los estudios sugieren tres posibilidades para la comorbilidad (NIDA, 2019):

1. Hay **factores de riesgo comunes** que pueden contribuir tanto a la enfermedad mental como al trastorno por consumo de drogas. La investigación sugiere que hay muchos genes que pueden contribuir al riesgo de que se presenten los dos problemas. Por ejemplo, algunas personas tienen un gen específico que las expone a un riesgo de padecer una enfermedad mental como adultos si consumieron marihuana con frecuencia durante su adolescencia o niñez. Un gen también puede incidir en la forma en la que la persona responde a la droga. Y los factores ambientales (como el estrés o el trauma) pueden causar cambios genéticos que se transmiten de generación en generación pudiendo contribuir a que se presente una enfermedad mental o un trastorno por consumo de drogas.
2. Se han identificado **ciertos estados de salud mental como factores de riesgo para el trastorno por consumo de drogas**. Por ejemplo, algunos estudios sugieren que las personas que sufren de una enfermedad mental pueden usar las drogas o el alcohol como manera de automedicarse. Además, cuando una persona comienza a padecer una enfermedad mental, los cambios en el cerebro pueden aumentar el efecto gratificante de las drogas, y así la persona queda predispuesta a seguir consumiendo la droga.
3. El **consumo de drogas y la drogadicción pueden contribuir a generar una enfermedad mental**. El consumo de drogas puede modificar el cerebro en formas que hacen que la persona sea más propensa a padecer una enfermedad mental.

10. PRINCIPALES MODELOS EN EL ESTUDIO DE LAS ADICCIONES

A pesar de que la utilización de sustancias psicoactivas se lleva dando desde hace miles de años, la noción de que determinadas drogas provocan un tipo de enfermedad denominada adicción no tiene más de 200 años. Esto plantea una serie de preguntas como; ¿existe la adicción como enfermedad del cerebro?, ¿es una enfermedad neurobiológica o está ligada a culturalmente al mundo occidental moderno?, ¿de qué modo y en qué medida inciden en ella distintos factores como la herencia, los mecanismos neurobiológicos del cerebro, el comportamiento, la personalidad, el contexto social o la cultura?

Son varias las perspectivas que han intentado dar respuesta a este problema, que se subdividen en tres grandes modelos que se tratarán de explicar a continuación. Éstos son (Apud & Romaní, 2016): el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial y el modelo sociocultural.

A. MODELO BIOMÉDICO

Durante el siglo XIX se consolidan las ideas centrales sobre las que posteriormente girará el concepto de alcoholismo y adicción, la predisposición biológica, la toxicidad el “apetito mórbido” o *craving*, la tolerancia, la progresividad de la enfermedad, la pérdida del control para frenar el consumo, la idea general de la adicción como una enfermedad del cerebro.

La consolidación de este modelo se dará durante las décadas de los 1970 y 1980 con el descubrimiento de los receptores opioides, la aparición de las técnicas de neuroimagen⁷ y el predominio del paradigma neo-kraepeliano, que enfatiza la realidad ontológica de las enfermedades mentales y sustituye al enfoque psicoanalítico de las décadas anteriores. Esto trae consigo una fuerte concepción biologicista en psiquiatría, que supuso el menosprecio de metodologías “blandas”, como la interpretación clínica psicoanalítica, y un progresivo interés por la medicina basada en la evidencia.

Los nuevos descubrimientos y tecnologías en neurociencias permitieron la elaboración de un modelo basado en el estudio in vivo del cerebro, tanto del efecto de distintas drogas en el cerebro como de fenómenos específicos como el *craving*, la abstinencia o distintas alteraciones en los procesos cognitivos.

El paradigma biomédico intenta explicar en términos evolutivos por qué el cerebro humano queda aferrado a comportamientos que van en detrimento de su capacidad adaptativa, y cómo la neuroplasticidad (que supone la capacidad única que tiene el sistema nervioso de adaptarse ante nuevas

⁷ Las técnicas de neuroimagen son aquellas que permiten ver imágenes en vivo del Sistema Nervioso Central mediante técnicas radiológicas.

condiciones ambientales, permitiendo cambios en el comportamiento y las estrategias de supervivencia a una velocidad mucho mayor que los tiempos manejados por la genética) puede volverse una desventaja bajo los efectos de las drogas.

Entran en juego los “mecanismos de recompensa” vinculados a la manera que tiene el cerebro de promover y valorar aquellas conductas adaptativas útiles (como la alimentación o la reproducción) a través de mecanismos vinculados al placer. El efecto hedónico de recompensa se realiza principalmente a través del sistema dopaminérgico, involucrando las vías mesolímbico-corticales y otras áreas como la corteza prefrontal, explicando la “pérdida del control” y la impulsividad.

Las drogas actúan sobre la neuro plasticidad de los circuitos de recompensa dopaminérgicos “hackeando” los mecanismos de ponderación, interponiéndose entre la recompensa y el comportamiento adaptativo, y sustituyendo el segundo por el placer del consumo.

El *craving* de la droga sería como un fenómeno similar al de la sed, pero ante una sustancia que produce una necesidad “artificial”. Para que la droga sea adictiva, su potencia debe ser mayor que la de los neurotransmisores naturales, y producirá no solamente placer sino también tolerancia, síndrome de abstinencia y, finalmente, dependencia física. Durante la exposición prolongada a la presencia de la droga, el cerebro se habitúa a funcionar bajo elevados niveles de dopamina que el sistema nervioso compensa produciendo una menor cantidad de receptores dopaminérgicos. Por ello, el adicto, para lograr el efecto deseado, debe recurrir cada vez a dosis mayores llevándole al consumo compulsivo y a un ciclo autodestructivo en los mecanismos homeostáticos del cerebro.

Las extensiones del modelo le han llevado más allá de la extensión de los límites dopaminérgicos (porque no todas las drogas actúan directamente sobre el mismo), hacia otros sistemas como la modulación del estrés o de otras estructuras cerebrales vinculadas a la recompensa olfatoria y gustativa. Incluyen también ir más allá de la idea de recompensa, abarcando otros procesos cognitivos como la memoria, la motivación y el aprendizaje.

El conjunto de las nuevas investigaciones apunta a que para que la dependencia física culmine en adicción, debe asociarse a ciertos mecanismos básicos de aprendizaje, de:

- condicionamiento operante: reforzamientos positivos y negativos
- condicionamiento clásico: estímulos neutros provocando *craving*
- aprendizaje explícito: memoria

De manera que el modelo biomédico adquiere mayor complejidad y poder explicativo, integrando recompensa, motivación, aprendizaje, memoria y estímulos externos. Todos estos aspectos son integrados en la definición de adicción, describiéndola como una enfermedad crónica del cerebro que involucra los sistemas de recompensa, motivación, aprendizaje y decisión. Al integrar aprendizaje y señales del contexto, el paradigma biomédico busca adaptarse al nuevo modelo biopsicosocial.

B. MODELO BIOPSICOSOCIAL

La imposibilidad de constreñir la adicción a los límites del cerebro lleva a la necesidad de incluir categorías psicológicas en el diagnóstico y definición de la adicción, a una ampliación de los mecanismos neuronales y al estudio de los distintos tipos de estímulos y condicionamientos involucrados.

El modelo biopsicosocial entiende la adicción como una conducta habituada y apoya la idea de que existe una complejidad de factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, vinculados no solo a un nivel neurobiológico, sino también psicológico y social.

Existe una diversificación progresiva de los tratamientos que abarcan la mayor parte del espectro biopsicosocial: terapias cognitivo-conductuales, estrategias motivacionales, abordajes centrados en la familia, modelos sistémicos, terapias psicodinámicas y psicoanalíticas, entre otras.

Los factores psicológicos y sociales serán estudiados a partir de los años 1970 a través de distintos estudios clásicos que muestran la personalidad y el contexto social como parte central del proceso de adicción, confrontando en muchos casos con la noción de adicción como enfermedad del cerebro.

Dejando así de existir la adicción en un sentido biológico “puro”, donde los aspectos relacionados con la dependencia física serían simplemente un desajuste homeostático del organismo, y no pueden explicar por sí mismos el fenómeno de la adicción.

C. MODELO SOCIOCULTURAL

El modelo sociocultural ha cuestionado la noción clásica de drogodependencia en términos exclusivamente biológicos, exponiendo su relación con las formas de vida cotidiana y con los procesos de identificación y construcción de la identidad. Se focaliza en la importancia de la cultura y el contexto social.

El estudio del consumo en sus “contextos naturales” ha permitido distinguir de forma más realista muy distintos usos, desde aquellos más integrados en sus medios hasta aquellos más problemáticos, a través del estudio de la variabilidad tanto en los modos de consumo como en la consideración del mismo.

Este modelo también ha hecho significativas contribuciones en el área de intervención y las políticas de drogas, permitiendo detectar emergencias y necesidades, establecer mejores estrategias de salud para las adicciones y sus problemas sanitarios asociados.

El problema inicial del modelo biomédico es intentar encapsular el comportamiento adictivo dentro de los límites del cerebro, buscando la enfermedad en los recovecos de sus tejidos.

La neurobiología de las adicciones ha tenido que abrirse cada vez más a un modelo biopsicosocial, pero sin abandonar el núcleo de su programa de investigación: la idea de la adicción como una enfermedad del cerebro. El sostener tal núcleo como supuesto irrefutable le ha acarreado muchas contradicciones.

El modelo sociocultural ha podido dar cuenta de la perspectiva del “sujeto adicto” y de los vaivenes históricos del concepto de adicción. Dejando, dicho concepto, de ser una categoría exclusivamente “natural” o “biológica” y pasando también a las influencias de la cultura, la política, los intereses sociales y los económicos (Apud & Romaní, 2016).

11. TRABAJO SOCIAL Y PATOLOGÍA DUAL

La especialización es una respuesta imprescindible ante necesidades especiales. Pero en cuanto a la patología dual, surge otra pregunta: ¿ha de ser desde un modelo sanitario o un modelo social? En este caso, la separación de lo sanitario y lo social es una línea borrosa y confusa. Los rebotes de un espacio a otro de las personas con salud mental son constantes. Una situación de indefinición hace que el problema se perpetúe y se incremente la estigmatización (García et al., 2009).

Como ya se ha mencionado anteriormente, el NIDA, la explicación predominante dentro de la comunidad científica define la “adicción” como una enfermedad del cerebro y resalta su similitud con la de otras enfermedades crónicas. Definición que no incluye los factores sociales, y pone en evidencia así la tendencia reduccionista presente, inclinando la balanza hacia un modelo biomédico.

Aunque es cierto que se mencionan las variables psicosociales y que se reconocen como importantes, han ido quedando en un segundo plano, girando siempre en torno a la idea central de que la adicción está ligada a los cambios que se producen en la estructura y funcionamiento del cerebro.

Hay varias explicaciones de por qué ha avanzado tanto este modelo en los últimos años, comenzando en EE. UU. y expandiéndose a países como España:

- a. La **financiación**. El NIDA es la institución que financia el 85% de los estudios a nivel mundial sobre adicciones, priorizando el modelo médico de la acción. En España se sigue la misma línea, financiando sobre todo la investigación biomédica.
- b. Los **intereses de la industria farmacéutica**. Los laboratorios han encontrado un ámbito en el que vale la pena invertir, ya que son muchas las personas con trastornos adictivos alrededor del mundo y que pueden ser potenciales consumidoras de nuevos fármacos, a pesar de que la búsqueda de tratamiento farmacológico de las adicciones no haya sido muy exitosa.
- c. **Intereses personales de los profesionales de la medicina**. En España, el ejemplo más palpable en los últimos años es el auge de la visión de la patología dual, que suele implicar que si una persona tiene una enfermedad psiquiátrica asociada, el tratamiento farmacológico está doblemente justificado.

La finalidad no es desestimar la importancia de algunos preceptos que posee el modelo biomédico, sino destacar que el fenómeno de las adicciones no es exclusivamente biológico. Se trata de un comprendido de factores biológicos, sociales y psicológicos, y sin esta perspectiva holística, el problema no será comprendido en su totalidad, en detrimento directo para las personas que sufren esta problemática.

Así, se hace importante el papel del trabajador social, cuya intervención en el ámbito de las adicciones se puede definir como: “forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y el abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial”.

El “contexto” mencionado, también puede ser llamado “entorno” o “ambiente”, y es uno de los principales factores que influyen en las adicciones, junto con la sustancia y el individuo. El Trabajo Social, pone el entorno en el punto de mira de su actuación, dividiéndolo en tres conceptos: el microsistema (conformado por la familia, la escuela y el grupo de iguales), el macrosistema (son los valores, el sistema social, las políticas educativas, la legislación, la dimensión transcultural, los medios de comunicación y la publicidad) y el mesosistema (los roles, el estatus, el trabajo, el ocio y el hábitat).

Las actuaciones se llevan a cabo principalmente desde los Servicios Sociales Especializados, que pueden ser públicos o privados. Esto quiere decir desde centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, centros de día, pisos tutelados, talleres ocupacionales, unidades de desintoxicación hospitalaria, unidades de mantenimiento con antagonistas, centros de dispensación de antagonistas y unidades móviles. Pero, la entrada a estos servicios se realiza a través de los Servicios Sociales Comunitarios, y es un sitio estratégico para hacer una primera detección de algún problema de adicciones.

Se basan en la prevención, tratamiento y la reinserción social, centrándose en grupos de población específicos. Cabe destacar la reinserción social como uno de los objetivos más importantes del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones, ya que se trata de una intervención esencialmente social cuyo objetivo es integrar en la comunidad a las personas con problemas de adicciones. Engloba una serie de estrategias psicoterapéuticas, educativas, sanitarias y sociales que apuntan a los individuos, familias y comunidades como sujeto de intervención. Se basa en tres abordajes: el alojamiento, la educación y el empleo (Sixto-Costoya & Olivar, 2018).

La acción del trabajador social no comienza después del diagnóstico, su intervención se inicia desde el primer contacto con el usuario. La intervención social se inicia inmediatamente, sin esperar las etapas de recolección de datos, sin que el profesional haya tenido tiempo de reconocer a la persona o la situación de manera profunda.

El usuario es el que conoce la situación, pero la mirada del profesional, la acogida, la manera de presentarse, la calidad de escucha, las preguntas planteadas, ya modifican algo, cambian la

imagen que el usuario tiene de sí mismo y de su entorno. El papel del trabajador social no es el de la persona que va a aportar el remedio, que va a curar, sino que va a descubrir una situación desconocida, va a examinar esa realidad con los interesados, va a interpretarla para encontrar las soluciones más adaptadas e introducir cambios en el curso de ese proceso y también va a ser él mismo el modificado gracias al intercambio de reciprocidades.

Por ello, debe considerar prioritariamente los aspectos positivos y dinámicos de la situación de la persona atendida, tomándolos como base de acción. En lugar de centrarse en los puntos “enfermos” se centra en los cambios en curso, en las potencialidades. El trabajador social toma una posición activa y optimista, arrastrando esa perspectiva hacia el usuario. Se trata de valorar los aspectos positivos, de utilizar un pequeño cambio, por mínimo que sea, como palanca de dinamismos nuevos (Muyor, 2011). Esto supone la utilización de técnicas como puede ser el análisis DAFO, que se utiliza para comprender la situación actual de una empresa, organización, producto o servicio específico y formular una intervención social.

DAFO proviene de las cuatro primeras letras de: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades y es una herramienta analítica iniciadora del pensamiento estratégico y permite hacer un esquema con el que realizar un análisis correcto de la situación a la que se va a enfrentar el profesional. Siendo las debilidades aquellos aspectos disfuncionales del usuario o grupo familiar que le ubican en la zona de vulnerabilidad social. Las amenazas son aspectos externos a la unidad familiar, ajenos a ellos y que perjudican su inclusión social. Las fortalezas son los elementos funcionales de la familia o persona que les hacen fuertes o competentes. Y las oportunidades son los elementos que tienen la posibilidad de afectar de manera positiva o pueden ayudar al desarrollo del usuario.

Esta técnica aporta resultados diagnósticos fácilmente evaluables y que se pueden contrastar con el usuario porque se han realizado de manera conjunta, aporta el contrapeso de los aspectos positivos y potenciales de la situación y permite una visión global del conjunto (Sisamón, 2012).

12. INTERVENCIÓN CON PATOLOGÍA DUAL

Para acabar con la adicción, es necesario pedir ayuda, porque no se trata de un camino sencillo. Es un tratamiento complicado en el que son usuales las recaídas y en el que el apoyo a la persona adicta es muy necesario. Esta persona se ha hecho dependiente de una sustancia que altera el funcionamiento de su organismo.

Las drogas pueden transformar y dañar la parte de tu cerebro que te permite sentir placer. Normalmente, este centro de placer se activa cuando comes, te enamoras o experimentas algo placentero. Pero, después de un tiempo, la droga comienza a cobrar mayor importancia. En un principio, al consumir drogas se experimenta una “subida”, no obstante, con el pasar del tiempo, esa “subida” ya no es tan fuerte. Haciendo la droga necesaria, no solo para sentirse bien, sino para no sentirse mal. Esto sucede cuando la persona ya es adicta (NIDA, 2020).

Cuando una persona adicta acude a buscar ayuda la mayoría de las veces no lo hace de forma voluntaria, sino forzada por sus circunstancias o personas de su entorno más cercano. A pesar de los daños que presenta; problemas familiares, legales, sociales, graves daños físicos y emocionales, el paciente adicto no dispone ni de la iniciativa ni de los recursos necesarios para salir de la situación en la que se encuentra y que las drogas no hacen más que empeorar (Fundación Hay Salida, 2020).

Según UNODC (2018)⁸ 35 millones de personas sufren de trastornos por uso de drogas y requieren tratamiento, pero solo 1 de cada 7 de esas personas lo recibirán, y los servicios son a menudo de mala calidad.

Pese a los abrumadores datos de los estudios epidemiológicos, tanto en población general como clínica, que indican que la existencia de la patología dual es lo esperable y no una excepción, su presencia ha sido rechazada, negada o no valorada al diseñar programas asistenciales. La patología dual conlleva grandes dificultades en su detección, diagnóstico y tratamiento, un gran uso de recursos, lo que puede comprometer las posibilidades de éxito del manejo de la enfermedad (Vega et al., 2015).

12.1. DIAGNÓSTICO

En los años ochenta, los pacientes con trastornos mentales fueron integrados definitivamente en el Sistema Nacional de Salud, con la excepción de aquellos que sufrían de forma relevante adicciones, exclusión que discriminó a estas personas, relegadas a la atención en redes diferenciadas. Por ello, la Sociedad Española de Patología Dual, la Fundación de Patología Dual, la *World Association on Dual Disorders* y la Asociación Mundial de Psiquiatría, en su Declaración Conjunta sobre Patología Dual (2017) expresan que: “En el abordaje de las personas con adicciones y con patología dual se deben aplicar los conocimientos científicos, tanto de la

⁸ UNDOC 2018 *Annal Report*: <https://www.unodc.org/unodc/es/about-unodc/annual-report.html>

medicina como de la psiquiatría y psicología actual. El tratamiento basado en las evidencias científicas debe centrarse en el paciente, ser integral, de calidad y de libre acceso. Todo ello ayudará a no repetir los errores del pasado y evitará que se estigmatice gravemente tanto al paciente como a sus familias” (Szerman et al., 2017).

Se debe entender la patología dual como una situación diferente a la mera suma de dos trastornos. Ya que la existencia de dos patologías en una misma persona provoca importantes dificultades para la realización de un diagnóstico acertado, bien sea porque uno de los diagnósticos quede oculto o porque los efectos de las sustancias se interpreten como síntomas psicopatológicos (Confederación Salud Mental de España, 2020).

Es importante que a las personas que sufren de ambos trastornos se les diagnostique con patología dual, debido a que es el único concepto que garantiza un abordaje integral de los pacientes, de forma inseparable, la atención psicológica y social (Szerman et al., 2017). Lamentablemente, en muchas ocasiones a estos usuarios se les diagnostica solamente de uno de los dos trastornos, lo que impide ese abordaje integral del paciente y dificulta su mejoría.

Uno de los problemas principales que presentan las personas con trastorno por uso de sustancias es la dificultad de identificar de forma fiable y válida la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante. Es un punto especialmente relevante para los clínicos que necesitan tener criterios diagnósticos y entrevistas adecuadas para decidir cuándo hay que iniciar un tratamiento específico para los trastornos psiquiátricos en pacientes drogodependientes.

En los estudios epidemiológicos es imprescindible poder realizar los diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica para poder planear los recursos asistenciales necesarios para poder atender a esta población.

Así mismo, para avanzar en el conocimiento de los factores genéticos implicados en las adicciones y los trastornos mentales es importante disponer de criterios e instrumentos diagnósticos que ayuden a la mejor caracterización fenotípica de los sujetos.

Pero la realización de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos que están consumiendo sustancias psicoactivas plantea dos problemas fundamentales. Por un lado, los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan los síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico diferente. Por otro lado, el hecho de que los trastornos psiquiátricos son más a menudo “síndromes” (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica), que “enfermedades” con una fisiopatología conocida y con unos marcadores biológicos claros. A pesar de que en las últimas décadas se ha profundizado mucho en el conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades mentales, todavía no se dispone de marcadores con suficiente

sensibilidad y especificidad que sirvan como patrón para comparar las medidas de las entidades diagnosticadas basadas en conjuntos de criterios y entrevistas clínicas estructuradas.

A falta de pruebas de laboratorio o de otros procedimientos directos para la valoración de los diagnósticos psiquiátricos, el método del “Longitudinal Expert with All Data” (LEAD) se considera como el “patrón oro” contra el que podrían evaluarse las entrevistas diagnósticas. LEAD es un acrónimo que implica tres conceptos esenciales: evaluación Longitudinal (que no está limitado a una única exploración), realizada por Expertos y utilizando Todos los Datos disponibles. La duración del período longitudinal puede ser breve o de años, y la utilización de “todos los datos disponibles” se refiere a que los expertos no solo evalúan sistemáticamente en el tiempo, sino que también entrevistan a otros informantes tales como familiares y allegados, y tienen acceso a los datos que provienen de otras fuentes como terapeutas, análisis de laboratorio e historias clínicas (García, 2011).

El diagnóstico de la enfermedad de la adicción lo realiza un médico y es quien decide si el paciente está preparado para llevar a cabo el tratamiento. En las situaciones comórbidas, es esencial tratar primero la adicción, abandonando el consumo de sustancias psicoactivas y manteniendo la abstinencia. Solo así podrá realizarse un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. El tratamiento es el mismo que el de las personas exclusivamente adictas, aunque en ocasiones son necesarias psicoterapias individuales y consultas psiquiátricas (Fundación Hay Salida, 2020).

Uno de los principales obstáculos al diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad es la escasez de personal psiquiátrico especializado en materia de drogodependencias. Y los conocimientos en psiquiatría del personal especializado en las drogodependencias suelen ser reducidos.

Los profesionales de la salud mental tienden demasiado a enviar a las personas que sufren comorbilidad a los centros de tratamiento de adicciones y el personal de estos centros los envía inmediatamente de vuelta, o viceversa.

En algunos países como España, Italia, Grecia, etc. los pacientes pueden quedar excluidos de los tratamientos de drogadicción debido a sus problemas mentales (Larrañaga, 2007).

Existen algunos indicadores que pueden ayudar a detectar el consumo de drogas en las personas con trastorno mental, para así tratar de evitar un diagnóstico erróneo. Éstos son (C.E.S.M., 2020):

En relación con el comportamiento del usuario:

- Conductas poco coherentes, que pueden expresarse como desinhibiciones.

- Respuestas inadecuadas a las exigencias de la vida diaria, como dar excesiva importancia ante situaciones de poca trascendencia, o viceversa.
- Cambios repentinos de comportamiento, que suelen apartarlas de su entorno más cercano.
- La intervención terapéutica obtiene pocos resultados.
- Baja eficacia y cumplimiento de la toma de medicación.

Otros, más orientados a la intervención, pueden ser:

- El absentismo en el puesto de trabajo y problemas en las relaciones laborales.
- Alteraciones oculares: irritación conjuntival, cambios en el tamaño de la pupila...
- Descuido de la higiene personal.
- Pérdida o exceso de apetito.
- Somnolencia.
- Hiperactividad.
- Abandono de actividades de ocio y tiempo libre.

La comorbilidad es tan frecuente que debería considerarse como habitual, más que como excepcional. Es infrecuente y, según Vega et al. (2015), casi imposible, encontrar pacientes que acuden a los servicios ambulatorios de adicciones con problemas únicamente de adicción, y el mero diagnóstico de un trastorno adictivo deja las otras dimensiones psicopatológicas de los trastornos mentales sin detectar, y viceversa.

12.2. TRATAMIENTO

La patología dual (PD) es una situación clínica de gran trascendencia, no solo por la creciente frecuencia en la sociedad actual, sino también por la necesidad de formación a profesionales de los diferentes dispositivos y la escasez de recursos en los que se abordan este tipo de casos integralmente. La atención a las personas con patología dual es un desafío para los profesionales de los servicios y dispositivos de atención en salud mental.

Las personas en esta situación se encuentran en medio de dos redes de atención: Adicciones y Salud Mental, lo que dificulta su intervención y el conocimiento de las posibles necesidades, características, dificultades y retos de la misma.

Por lo tanto, es imprescindible que todo el personal sociosanitario implicado esté familiarizado con esta temática y sepa identificar las situaciones en las que se da, para poner en marcha las herramientas necesarias para su intervención (Confederación Salud Mental de España, 2020).

Los pacientes con PD deben tener acceso a un único modelo asistencial que integre y/o coordine la red de salud mental y la red de adicciones. La existencia como hasta

ahora de dos puertas (adicciones y salud mental) para un único enfermo, conduce al llamado “síndrome de la puerta equivocada”.

Todo paciente tiene derecho a ser adecuadamente evaluado por profesionales expertos y a recibir una asistencia integral en la patología dual, basada en evidencias científicas. La existencia de dos redes asistenciales no es suficientemente eficaz ni eficiente, y deja a muchos pacientes sin diagnóstico de la PD, y, por tanto, sin acceso a un tratamiento integral (Szerman et al., 2017).

La dificultad más grande en el abordaje de la comorbilidad es que estos pacientes son difíciles de enganchar por las frecuentes recaídas por el uso de drogas. Hace difícil trabajar sobre la motivación al tratamiento. Es uno de los puntos más importantes y cruciales, ya que la persona debe aceptar el tratamiento de la patología psiquiátrica y, posteriormente, el del problema adictivo.

Con los pacientes psicóticos se debe ser más flexible por su alta vulnerabilidad; no puede haber una hiperestimulación ni la misma intensidad y severidad que la de los programas habituales (Larrañaga, 2007).

Un conocimiento más amplio de esta problemática permitirá optimizar los recursos existentes y generar programas adecuados e integrales de intervención.

La Confederación de Salud Mental de España (2020) expone unas propuestas para que la detección e intervención con patologías duales sean más adecuadas y son expuestas a continuación.

El ideal sobre el que debe partir la intervención es que la persona afectada tenga conciencia de ambas patologías. Cuando se presenta una insuficiente conciencia de uno o ambos trastornos, esto repercute de manera directa en su participación e implicación en el tratamiento, haciendo que su proceso de recuperación sea más lento.

Para tratar de afrontar estas dificultades, los profesionales deben:

- **Favorecer la adherencia a la intervención** integral, fomentando la creación de vínculos terapéuticos estables y consensuados, creando un clima de confianza.
- **Propiciar el acompañamiento durante todo el proceso** de recuperación, estableciendo intervenciones adaptadas a cada situación, más que normas rígidas.
- **Diseñar planes individualizados** de intervención, ajustados a las necesidades.
- Transmitir a las personas con patología dual que la intervención integral es un proceso a medio-largo plazo, **reajustando** así sus expectativas.

- Establecer objetivos terapéuticos concretos alcanzables a corto plazo, para **evitar la frustración y favorecer la motivación**.
- **Empoderar** a la persona con patología dual promoviendo que asuma progresivamente responsabilidades en su proceso de cambio.
- **Explicar las consecuencias del consumo** de sustancias en el tratamiento, su posible interferencia con la medicación.
- **Establecer protocolos de intervención** entre las dos redes de atención.

La intervención, debe potenciar los factores de protección, atendiendo a las necesidades y circunstancias de la persona, siendo importantes los modelos comunitarios y flexibles, que fomentan las diferentes redes de apoyo. Estos factores, además, aportan información clave para el proceso y su implicación favorece una recuperación más rápida y eficaz.

Sin embargo, las redes de apoyo se identifican con una serie de necesidades, algunas de ellas son las expuestas a continuación:

- **Familia y personas allegadas.** Sin duda, la familia juega un papel esencial en la identificación de la patología dual, y su implicación activa en el tratamiento influye en la recuperación e inclusión social.
Por lo que, determinadas actitudes de la familia pueden constituirse como factores de protección, pero en algunas ocasiones pueden ser de riesgo en la recuperación de las personas con patología dual.
De forma que se debe: informar y formar en salud mental y adicciones a toda la familia, aligerar la carga familiar para no desgastar las relaciones y suponer una dificultad en el proceso rehabilitador, y fomentar la autonomía de la persona, porque la sobreprotección no le permite asumir su propia responsabilidad.
- **Profesionales.** En este caso, se debe fomentar su formación en patología dual, posibilitar la evaluación de los progresos en la intervención a través de las herramientas que se utilicen habitualmente y que sean de fácil acceso, disponer de figuras de referencia con terapeutas independientes, y cambiar la percepción de que las personas con patología dual son de difícil abordaje.
- **Recursos.** En cuanto a los recursos, se debe mejorar la coordinación entre ellos, disponer de dispositivos de intervención integrados, y eliminar los criterios de exclusión existentes para acceder o permanecer en un determinado recurso.

Las entidades que abordan esta problemática llevan a cabo una intervención condicionada por diversos factores, como son la estructura técnica, los recursos materiales, los objetivos de la entidad y los recursos económicos, que interfieren directamente en la posibilidad de desarrollar un modelo de tratamiento integrado. Pero, a pesar de estos condicionantes, desarrollan actividades dirigidas a diferentes esferas de la sociedad que permiten abordar la temática:

- Actividades de sensibilización. Informar a la sociedad de los problemas de salud mental y adicciones.
- Actividades de prevención. Promover hábitos de vida saludables, prevención del consumo, manejo de la presión social, habilidades sociales...
- Talleres psicoeducativos. Para las personas con trastorno mental sobre la relación entre el consumo de sustancias y los problemas de salud mental.
- Sesiones psicoeducativas de intervención familiar. Mediante las escuelas de familias y los grupos de apoyo mutuo.

En la actualidad, la intervención con PD se aborda desde tres modelos diferentes, según la forma en la que actúan las redes de atención:

- **Secuencial:** Se comienza a intervenir en un recurso de salud mental o adicción, y posteriormente se continúa en el otro. Es el modelo que se ha usado con más frecuencia.
- **Paralelo:** Es una intervención simultánea en el tiempo, en el que se asiste a dos recursos para trabajar por un lado las adicciones y por otro la salud mental.
- **Integrado:** Se realiza una intervención unificada que tiene en cuenta las necesidades de la persona. Se plantea una atención integral, estructurada y prolongada en el tiempo.
Si bien es el modelo más recomendable, está condicionado a las posibilidades que tiene cada recurso. La efectividad del tratamiento va a depender, en gran medida, del grado de coordinación que se pueda establecer entre ambas redes.

12.3. TERAPIAS DE COMPORTAMIENTO

Estas estrategias pueden adaptarse a los pacientes según la edad, la droga específica que consuman y otros factores. Pueden usarse de forma independiente o pueden combinarse con medicamentos. Algunas de estas terapias de comportamiento son (NIDA, 2019):

- La terapia cognitivo conductual, que ayuda a cambiar las creencias y comportamientos dañinos.
- La terapia dialéctico conductual, diseñada específicamente para reducir los comportamientos autolesivos como cortarse, consumir drogas, o tener pensamientos o impulsos suicidas.
- El tratamiento asertivo comunitario, que enfatiza el acercamiento a la comunidad y las estrategias individualizadas de tratamiento.
- Las comunidades terapéuticas, modalidades comunes de tratamiento residencial de largo plazo que se enfoca en la resocialización de la persona.
- El control de contingencias, que proporciona premios a las personas que practican comportamientos saludables.

Existen medicamentos eficaces para tratar la adicción a los opioides, el alcohol y a la nicotina y para aliviar los síntomas de muchas otras enfermedades mentales, sin embargo, la mayoría de ellos no se han estudiado lo suficiente en poblaciones comórbidas. Algunos medicamentos pueden servir para varios problemas, como el bupropión, que está aprobado para el tratamiento de la depresión y la dependencia de la nicotina. Pero se necesitan más estudios para entender mejor como actúan estos medicamentos especialmente cuando se combinan en pacientes con problemas comórbidos (NIDA, 2019).

La Confederación de Salud Mental Española (2020) propone 10 recomendaciones generales para aquellas entidades que intervienen directamente con casos de patología dual (PD):

1. Conocer los recursos asistenciales de la red de adicciones y patología dual.
2. Favorecer la coordinación con los recursos a través de grupos de trabajo, mesas de coordinación, reuniones institucionales, etc.
3. Establecer protocolos de intervención, incluyendo la posibilidad de derivación o trabajo en conjunto de otras redes.
4. Cuidar la relación terapéutica para favorecer la adherencia al tratamiento.
5. Evitar el estilo confrontativo.
6. Abordar la intervención desde el modelo de reducción de daños en el que se trata de organizar una estrategia de pasos hasta la abstinencia.
7. Trabajo coordinado en el equipo médico/psiquiátrico con el objetivo de valorar posibles cambios en el comportamiento y efectos secundarios que influyan en el tratamiento.
8. Desarrollar un plan de intervención individualizado aplicando técnicas motivacionales en las que la persona sea protagonista de la intervención.
9. Intervención familiar, fomentando así su colaboración y apoyo, fundamental para la recuperación.
10. Intervención grupal, grupos de prevención de recaídas, control de presión social, psicoeducación sobre las interacciones droga-psicofármaco, etc.

Uno de los problemas es la escasez de programas de intervención psicoeducativa en PD, aunque no son inexistentes.

La psicoeducación es un componente fundamental del tratamiento de la PD donde la confrontación con el consumo de sustancias no sea lo básico, sino el apoyo y la educación sobre el consumo, los síntomas psíquicos y la medicación, fomentando así el cumplimiento terapéutico.

La psicoeducación ha demostrado su eficacia en adolescentes y adultos con doble diagnóstico evidenciando la mejora de la adherencia al tratamiento, reduciendo a largo plazo el número de recaídas y mejorando el funcionamiento global del paciente. Por lo que se debe llevar a cabo una adecuada psicoeducación con relación a los trastornos y el tratamiento, tanto con los pacientes como con la familia, con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento, su calidad de vida, reconocer los síntomas de la recaída y disminuir la cantidad de hospitalizaciones. Además, debe estar complementada con el tratamiento de fármacos siempre que sea necesario.

Se ha demostrado recientemente la eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con PD, donde los resultados indican que ha sido efectiva para aumentar la motivación para el cambio, el conocimiento sobre drogodependencias, y ha generado un nivel adecuado de satisfacción para los pacientes.

También es necesario destacar un nuevo tratamiento que se publicó para tratar la comorbilidad donde se utiliza la entrevista emocional, el control del consumo mediante uroanálisis, entrevistas estructuradas para identificar pequeñas metas para disminuir el consumo, la psicoeducación sobre las razones del uso de sustancias y el peligro de éstas en pacientes comórbidos y el entrenamiento en habilidades sociales y conductuales para la prevención de recaídas.

Se trata del Modelo Transteórico del Cambio (MTT), es un modelo comprensivo del cambio que cubre todo el cambio de éste desde el momento en que un individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto de que ya no existe. Aunque el origen de este modelo procede del mundo de las adicciones ha sido aplicado a una gran variedad de problemas conductuales tanto del ámbito de la salud física como de la mental.

Este modelo brinda la oportunidad de comprender que el desarrollo humano no es lineal, sino más bien circular, y que los seres humanos podemos pasar por diversas fases e incluso estancarnos y retroceder en el camino del cambio.

El MTT integra tres dimensiones: los estadios, los procesos y los niveles de cambio. Los estadios de cambio son la dimensión principal y según este modelo, existen 5 estadios de cambio en el proceso de modificar la conducta.

1. El **estadio de Precontemplación**. Es el estadio en el que los adictos no se plantean modificar su conducta debido a que no son conscientes, o lo son mínimamente, y, por esta razón no acuden a tratamiento o si lo hacen es presionados.
2. El **estadio de Contemplación** es una etapa en la que los adictos son conscientes de la existencia de un problema y están considerando seriamente la posibilidad de cambiar, se encuentran más abiertos a la información.

3. **Estadio de Preparación.** Se caracteriza por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva realizando algunos pequeños cambios conductuales.
4. **Estadio de Acción.** Se trata de la etapa en la que el individuo cambia su conducta y el estilo de vida asociado a la misma. Requiere un importante compromiso además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos.
5. **Estadio de Mantenimiento.** Es donde el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída en el comportamiento problemático.

Lo que suele ocurrir es la recaída de las personas tras el primer año de tratamiento, o incluso durante el mismo. Existen, por tanto, dos momentos importantes en el proceso global de cambio: la recaída y finalización del proceso de cambio (Flecher et al., 2020).

13. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

En España un único enfermo mental es tratado, al menos, por dos redes de tratamiento (adicciones y salud mental) y su entrada a dichas redes es aleatoria y condicionada a la presencia de un análisis transversal de sus síntomas (Vega et al., 2015).

La patología dual (PD) se queda atrás con respecto a otras disciplinas dentro de la psiquiatría, cuya historia es una constante lucha por la comprensión de la mente y de la conducta, lucha que debería concluir, poniendo en relieve sus objetivos y necesidades no solo ante la sociedad, sino ante los poderes públicos en aras de sus avances y de la calidad asistencial (Aguilar, 2016).

Empiezan a surgir equipos especializados para los pacientes duales, pero siguen existiendo varias problemáticas relacionadas con la PD que podrían resumirse en: la inexistente generalización de modelos de coordinación entre los dispositivos asistenciales a pacientes con Trastornos por consumos de drogas y salud mental, el acceso tardío a dispositivos específicos y atención insuficiente en la mayoría de los casos, los escasos programas específicos multidisciplinares e intersectoriales y la escasa formación de los profesionales en la intervención en casos de PD.

La gravedad clínica y social ha provocado la necesidad de fomentar la investigación relacionada con la PD y así poder desarrollar un sistema modelo, y, en consecuencia, poder diseñar e implementar programas y tratamientos específicos para esta comunidad.

La prevalencia del consumo de sustancias por parte de adolescentes y adultos jóvenes en España se encuentra entre las más altas de Europa. Las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales: alcohol y tabaco, seguidas por el cannabis y los hipnosedantes con o sin receta médica.

El consumo y abuso de drogas ilegales y alcohol antes de los años 80 estaba asociado a la marginalidad y delincuencia, mientras que, en la actualidad, está vinculado a la cultura del ocio (Flecher et al., 2020).

Según estudios epidemiológicos españoles e internacionales, al menos el 70% de los adictos presentan algún otro trastorno mental, situación clínica reconocida y denominada como PD. Pero estos datos, con las evidencias actuales, están probablemente infradiagnosticados.

Los trastornos mentales de cualquier tipo cursan en más del 50% con usos problemáticos o adictivos a sustancias. Las actuales evidencias científicas, apoyan que no se trata de dos trastornos diferentes, sino de distintas manifestaciones clínicas que interactúan y se presentan según circunstancias individuales y medioambientales, de forma conjunta o secuencial, indistintamente de que se manifieste primero una u otra.

Además, la patología dual puede ir asociada a otras enfermedades médicas, como pueden ser las infecciosas, que forman parte integral del propio proceso de PD (Szerman et al, 2017).

14. CONCLUSIONES

Como aspecto más importante, cabe destacar la gran desinformación y la falta de reconocimiento que sufre la patología dual a pesar de que no se trate de un fenómeno nuevo y de su gran presencia en la sociedad.

Aunque ha aumentado el número de publicaciones y trabajos sobre patología dual, poco se conoce todavía acerca de su manejo y tratamiento. Los estudios sobre los modelos de abordaje se han realizado con muestras muy pequeñas y heterogéneas. Por ello, es necesario profundizar en este campo con nuevos trabajos que incluyan mayores muestras, grupos de pacientes más homogéneos, seguimientos más prolongados y la inclusión de grupos de control para poder dilucidar cuál es su mejor tratamiento (Vega et al., 2015).

Nadie ha encontrado una solución realmente eficaz al control de drogas, ya que, parece estar claro que la utilización de medios represivos no es un instrumento válido, sino que, por el contrario, en lugar de disminuir su consumo, crea nuevos núcleos marginales con la aparición de nuevos problemas de salud y seguridad ciudadana. Como ocurrió en EE. UU. con la popularmente conocida como “ley seca”, que solo consiguió un aumento de la represión político-policial y de la corrupción política con la aparición de bolsas marginación vinculadas a la producción y consumo de alcohol (Sales, 2004).

Las drogas han estado presentes desde hace miles de años, lo que obliga a replantearse el que no sean estas las principales responsables del “hackeo” de esas modularidades cognitivas heredadas desde nuestros antepasados, sino las propias formas sociales y culturales de organización presentes y tan distintas al estilo de vida de aquellos pequeños grupos de cazadores-recolectores (Apud, 2016).

Poner el acento en la prevención y en el trabajo dirigido a población infantil y adolescente parece de vital importancia, tanto para promover la salud mental y la vida saludable desde un enfoque integral como para evitar o reducir situaciones de riesgo que conduzcan a las drogodependencias. Los profesionales de la salud, junto a otros profesionales de la enseñanza tienen un reto, una responsabilidad vigente en el siglo XXI, ya que tanto los problemas de salud mental como los de adicciones están en nuestro entorno con suficiente número y diferentes formas como para que se precise de la coordinación y complementariedad de las propuestas y de los debates que articulen las acciones y conduzcan a resultados eficaces (Sales, 2004).

La PD es una realidad clínica que se encuentra infradiagnosticada, e impacta negativamente en la calidad de vida y el funcionamiento biopsicosocial de los pacientes, poniéndolos en una situación de exclusión social. Los pacientes duales presentan mayores tasas de mortalidad, morbilidad, recaídas y una peor evolución y adherencia al tratamiento que los pacientes no duales.

La mayoría de los usuarios con patología dual no tienen conciencia de su enfermedad, lo que dificulta la necesidad de cambio y, en consecuencia, del tratamiento. Presentan una gran

inestabilidad en el estado de ánimo, las relaciones interpersonales y en la autoimagen, además de elevadas tasas de comportamientos impulsivos y autodestructivos (Flecher et al., 2020).

De manera que el desarrollo del trabajo ha verificado la hipótesis, ya que, en el tratamiento de personas con patología dual, el primer paso que han de dar es el del inicio del proceso de desintoxicación, siendo tratados sus trastornos de forma secuencial. El problema está en que, debido a este tipo de tratamiento, como ocurre en el caso de Antonio explicado anteriormente, el usuario queda en un “limbo” ya que la Trabajadora Social no es capaz de lidiar con él debido a su indisposición al tratamiento y el psiquiatra no le regula la medicación hasta que no cumpla con el proceso de desintoxicación.

15. PROPUESTAS DE MEJORA

El primer paso que hay que llevar a cabo es el **acabar con el** ya comentado anteriormente **“síndrome de la puerta equivocada”**. La principal problemática encontrada durante la investigación sobre la patología dual es el hecho de que no esté claro desde qué ámbito han de ser atendidas estas personas. Lo que da lugar a que se queden entre dos caminos, el del Trabajo Social y el Sanitario.

Como consecuencia de la visión clásica de la problemática, dos sistemas de tratamiento se superponen y proporcionan servicios separados. El tratamiento psicofarmacológico adecuado es fundamental, por lo que se deben conocer las características, indicaciones, interacciones con las drogas y la eficacia de los fármacos de estos pacientes. El abordaje también debe incluir necesariamente una visión psicosocial, que cubra las distintas necesidades del paciente ya que se pueden ser en ocasiones mantenedores, precipitadores o favorecedores de recaídas en el consumo, abandono del tratamiento, la descompensación psicopatológica, etc.

En general, y acorde con la visión del empoderamiento del paciente, el profesional debería preguntarse cuáles serían sus necesidades si estuviera en la situación del usuario, y responder con una organización acorde. El sistema diseñado debería contar con el estándar básico de ser accesible, integrado y tener continuidad (Vega et al., 2015).

La solución a esta problemática es la coordinación de ambas disciplinas, ya que, para la realización de una intervención adecuada al usuario con patología dual es necesaria la atención tanto desde psiquiatría como desde el ámbito social.

Para lo que sería necesario la creación de una base de datos común en casos de discapacidad intelectual, debido a que el Trabajador Social, en un primer momento, no sabe si la persona que está atendiendo tiene un trastorno mental o no y si está siendo atendida por el Psiquiatra.

En segundo lugar, para acabar con la desinformación sobre la temática, se hacen necesarios **los programas de formación en patología dual orientados a todo el equipo asistencial**, sobre el impacto de su valoración y tratamiento, el manejo de psicoterapias específicas y las peculiaridades del tratamiento de estos pacientes, las necesidades residenciales... al mismo tiempo que son necesarias las herramientas para evaluar la calidad y las mejoras de estos programas de tratamiento integrado (Vega et al., 2015).

Es necesaria una voluntad política, así como de todas las organizaciones del país, para que la droga no se abra paso en la sociedad. En el orden educacional, se debe seguir invirtiendo importantes recursos audiovisuales e informáticos. En el orden deportivo, promover la práctica de deportes y educación física desde las edades más tempranas como forma de vida saludable. Y otros aspectos, como el orden cultural, promoviendo el hábito de la lectura para apreciar el arte y la cultura de forma integral. Continuar capacitando a los profesionales de la salud para brindar tratamiento efectivo a quienes sufren de la problemática. Promover la solidaridad, la generosidad, el afán de superación y las buenas relaciones con la red más próxima. Una mayor salud mental en la sociedad es posible (Larrañaga, 2007).

En tercer lugar, y como solución a ese “limbo”, comentado en el punto anterior, en el que quedan los pacientes con PD, se propone la **creación de un recurso que supla la falta de red de apoyo que sufren la mayoría de estos usuarios**. Esto les empoderaría a dar el cambio y les proporcionaría una red adecuada que serviría de refuerzo a los usuarios.

En Aragón, el programa de ASAPME es el único servicio de atención específica a la PD. Y es mencionada por separado, por un lado, en el Plan de Salud Mental y por otro, en el Plan de Adicciones, por lo que se destaca como necesaria la realización de un plan específico sobre Patología Dual que consiga abordar la problemática de una forma integral y adecuada a sus necesidades.

Es necesario acercar a los profesionales del Trabajo Social a un modo de intervención basado en derechos y que genere derechos. Un quehacer profesional que actúe contra los factores estructurales que forjan la exclusión social. El Trabajo Social es capaz de destruir, construir e instruir (Muyor, 2011).

Queda profundizar en estrategias que tomen en cuenta las relaciones entre sustancias, sujetos y contextos, situación un poco distinta en otros campos de intervención, donde los **programas de reducción de daños** son vitales para establecer mejores estrategias de intervención. Se debe hacer uso de técnicas y métodos sensibles al contexto como (Apud, 2016): estrategias psicoeducativas, de prevención de recaídas, técnicas de relajación, *role-playing*, desarrollo de habilidades sociales, terapias ambientales, terapias grupales, reforzamiento comunitario, entrenamiento en el manejo del estrés, habilidades de afrontamiento, organización de valores y metas, terapias motivacionales o terapias psicodinámicas, entre otras.

A modo de cierre, comentar una frase que sirvió de motivación para la realización del trabajo y que es de la película *El Joker* (2019) y dice lo siguiente: “lo peor de tener una enfermedad mental es que la gente espera que actúes como si no la tuvieras”. Frase que lleva a hacer una gran reflexión acerca de la sociedad a la que pertenecemos, y que, a pesar de ser tan “avanzada” y “moderna” numerosas personas sufren exclusión y en su día a día se enfrentan a múltiples barreras. La sociedad actual sigue sin estar preparada para aquella gente que se sale del molde, hecho sobre el que hay que incidir y donde el Trabajo Social tiene mucho por lo que luchar.

16. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, I. (2016). *El abordaje del término patología dual en la legislación y planificación autonómica*. Revista Española de Drogodependencias 41 (3) págs. 85 a 96. Disponible en: https://www.aesed.com/upload/files/vol-41/n-3/v41n3_seccion-juridica.pdf

Apud, I. & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. Salud y drogas, 16(2), 115-125. Disponible en: <https://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/267/271>

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... & Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. Adicciones, 25(2), 118-127.

Badía, A. (2019). *Clasificación de las drogas según la OMS y sus efectos*. Psicología-Online. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html>

Bertolote, J.M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. World Psychiatry, Vol. 6, nº2, págs. 113-6. [https://www.academia.edu/download/33813117/Origenes del concepto de salud mental.pdf](https://www.academia.edu/download/33813117/Origenes_del_concepto_de_salud_mental.pdf)

Confederación Salud Mental de España (2020). Apuntes sobre patología dual. Propuestas de la Red Salud Mental de España. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/6052>

Flecher Y., Rodríguez-Góngora J., Rodríguez-Rodríguez J.A. (2020). Modelo transteórico del cambio: propuesta para un caso con patología dual. Know and Share Psychology. Vol. 1 nº3 September 2020. Disponible en: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/KASP/article/view/3662>

Fundación Hay Salida (2020). ¿Qué es la adicción? Madrid, Spain: <https://www.fundacionhaysalida.com/que-es-la-adiccion/>

García J., Feliu T., et al. (2009). *Trastornos invisibles, las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta*. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Vol. 40(2), nº230, págs. 38 a 60. Disponible en: https://sid.usal.es/idocs/F8/ART13167/garcia_ibanez.pdf

García, M. (2011). Comorbilidad entre adicciones a sustancias y enfermedades mentales (patología dual). El Portal de la Salud, 19, 37. <http://www.academia.edu/download/56995773/coexistencia.pdf>

Larrañaga, J. L. (2007). *Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones*. In Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones. (Vol. 10). Disponible en: www.liberaddictus.org/NumAnt.php

Muyor, J.L. (2011). *La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención basado en derechos*. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social. Nº 49. Págs. 9-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111301>

NIDA [National Institute on Drug Abuse] (2013, March 16). Factores que influyen en la adicción [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/videos/factores-multiples-que-influyen-en-la-adiccion>

NIDA (2019). Comorbilidad: los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales- Drugfacts. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/comorbilidad-los-trastornos-por-consumo-de-drogas-y-otras-enfermedades-mentales>

NIDA [National Institute on Drug Abuse] (2020, June 4). Cualquier persona puede volverse adicta a las drogas [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/videos/cualquier-persona-puede-volverse-adicta-las-drogas-0>

NIDA [National Institute on Drug Abuse] (2020, June 4). ¿Por qué es tan difícil dejar las drogas? [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/videos/por-que-es-tan-dificil-dejar-las-drogas-0>

Organización Mundial de la Salud (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj-2czl4_rsAhUJlxQKHUcwBjcQFjADegQIDRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fsubstance_abuse%2Fterminology%2Fflexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf&usg=AOvVaw11Db7DVZcbaxE2uORnow2u

Organización Mundial de la Salud (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de actuación sobre la salud mental 2013-2020. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/

Sales, R. (2004). Los cuidados de enfermería en salud mental y en drogodependencias. Revista Española de drogodependencias. Vol. 39. Págs. 5 a 8. Disponible en: https://www.aesed.com/upload/files/vol-29/n-1-2/v29n1-2_ed.pdf

Schalock, R. (2009). *La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales*. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Vol. 40 (1) n.º 229, Págs. 22-39, Hastings College (Nebraska). Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3841>

Sisamón, R.M. (2012). *El análisis DAFO aplicado a la intervención en casos de personas en situación de exclusión social*. Documentos de Trabajo Social. Nº51. Págs. 469 a 487. Disponible en: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/Dialnet-ElAnálisisDAFOAplicadoALaIntervencionEnCasosDePers-4640569.pdf>

Sixto-Costoya, A. y Olivar, A. (2018). *Educación Social y Trabajo Social en Adicciones: Recuperar el territorio colaborando*. Revista de Educación Social (RES), (26), 141-158. Recuperado de: <http://www.eduso.net/res/26/articulo/educacion-social-ytrabajo-social-en-adicciones-recuperar-el-territorio-colaborando>

Szerman N., Martínez J., Baler R., et al. (2017). Declaración Conjunta sobre Patología Dual. Revista de Salud Mental. Vol 40 nº6 noviembre-diciembre. Disponible en: <https://patologiadual.es/formacion/declaracion-conjunta-sobre-patologia-dual/>

Thomen, M. (2019). Efectos de las drogas en el sistema nervioso. Psicología online. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/efectos-de-las-drogas-en-el-sistema-nervioso-4612.html>

Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Mesías, B., Casas, M. et al. (2015). Libro Blanco de Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. Sociedad Española de Patología Dual. Disponible en: <https://patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual.pdf>